



**Revus**

Journal for Constitutional Theory and Philosophy of  
Law / Revija za ustavno teorijo in filozofijo prava

**10 | 2009**

**Človekovo dostojanstvo in duševno zdravje**

---

## Telesno bolni in duševno zdravi?

*Physically Ill and Mentally Healthy?*

**Sanja Temnik**



**Electronic version**

URL: <http://journals.openedition.org/revus/1052>

DOI: 10.4000/revus.1052

ISSN: 1855-7112

**Publisher**

Klub Revus

**Printed version**

Date of publication: 1 septembre 2009

Number of pages: 77-88

ISSN: 1581-7652

**Electronic reference**

Sanja Temnik, « Telesno bolni in duševno zdravi? », *Revus* [Spletna izdaja], 10 | 2009, Datum spletne objave: 22 janvier 2012, ogled: 03 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/revus/1052> ; DOI : 10.4000/revus.1052

---

All rights reserved

Sanja Temnik

## Telesno bolni in duševno zdravi?

Po 51. členu ustave ima vsak med nami pravico do zdravstvenega varstva. Žal pa se ob tem prepogosto pozablja na zdravje kot neločljiv preplet človekovega telesnega in duševnega stanja ter v povezavi s tem tudi na vzporedno varstvo duševnega zdravja. In vendar je prav duševno počutje tisto, ki morda najbolj neposredno vpliva na kakovost bolnikovega življenja, ne glede na diagnozo. Glede na visoko stopnjo pojavnosti duševnozdravstvenih težav ob telesnih boleznih in ob upoštevanju negativnih vplivov motenj, kot je denimo depresija, na motivacijo, potek in učinkovitost telesnega zdravljenja pa problematike nikakor ne gre spregledati. Članek osredotočeno govori o skrbi za eno samo zdravje, z željo, da bi zdravstvena nega v tem duhu nekoč postala pravilo, ne zgolj dobrodošla izjema, v okviru standardne bolnišnične oskrbe. Nujni pogoj za to pa sta ustrezno razumevanje zdravja kot temeljne človekove pravice in zavedanje družbene odgovornosti pri zagotavljanju visoke stopnje zaščite te pravice.

**Ključne besede:** skrb za zdravje, telesno zdravje, duševno zdravje, bolnišnična oskrba, psihološke potrebe oseb s telesno boleznijo

### 1 TELESNA MOTNJA, DUŠEVNA MOTNJA

Po 51. členu slovenske ustave je vsakemu državljanu zagotovljena temeljna pravica do zdravstvenega varstva.<sup>1</sup> Ta člen določa, da (I) ima vsakdo pravico do tovrstnega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon, (II) da zakon določa pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev in (III) da nikogar ni mogoče prisiliti k zdravljenju, razen v primerih, ki jih določa zakon. Vendar pa se ob tem prepogosto pozablja na zdravje kot eno samo celoto, entiteto človekovega telesnega in duševnega stanja. V okviru standardne bolnišnične oskrbe se namreč

1 Glej Lovro Šturm (ur.), *Komentar Ustave Republike Slovenije*, FPDEŠ, Ljubljana, 2002.

poskrbi za izboljšanje ali vsaj stabilizacijo telesnega počutja, z duševnim zdravjem pa se v najboljšem primeru ne naredi dovolj, celo ničesar, ali pa se mu celo (največkrat povsem neopaženo) škoduje. Ob tem pa je prav duševno počutje tisto, ki morda najbolj neposredno vpliva na kakovost bolnikovega življenja, ne glede na diagnozo. Članek zato obravnava skrb za duševno zdravje v prisotnosti telesne bolezni kot družbeno odgovornost, ki se je v tem trenutku še vedno premalo zavedamo.

Sleherna telesna bolezen pomeni stres. Nezanemarljiv delež oseb s telesno boleznijo sekundarno razvije tudi katero od duševnih motenj. Življenjska prevalenca motenj razpoloženja in čustvovanja pri osebah s kronično telesno boleznijo se giblje med 8,9 in 12,9 odstotka, s šestmesečno prevalenco pa med 5,8 in 9,4 odstotka.<sup>2</sup> Raziskovalni rezultati kažejo, da se globlja depresija pokaže kar pri 20 odstotkih oseb, ki trpijo za katero od telesnih bolezni; petina obolelih se torej poleg svoje telesne bolezni spoprijemlje še z dodatnim bremenom hujše duševne motnje, ki ob poglobljanju njihove stiske tudi otežuje učinkovito spoprijemanje z osnovno boleznijo.<sup>3</sup> Ta delež pa je ob upoštevanju vseh tistih, ki trpijo za manj izrazitimi duševnimi težavami in motnjami druge vrste, seveda še precej višji.

Ob tem sta tako huda telesna bolezen kot duševna motnja dejavnik tveganja za samomorilnost.<sup>2</sup> Za osebe, ki si vzamejo življenje med bivanjem v bolnišnici, sta načeloma značilni višja starost in uporaba bolj nasilnih metod v primerjavi z drugimi žrtvami samomora.<sup>3</sup> Tudi pri bolnišničnih žrtvah samomora pa je, tako kot v splošni populaciji, v ozadju njihovega dejanja najpogostejše globoka depresija, to pa dodatno potrjuje potrebo po dobrem prepoznavanju in zdravljenju te motnje tudi v bolnišničnem okolju.<sup>4</sup>

Dejavnike tveganja za depresijo pri telesni bolezni lahko v grobem razdelimo na biološke in psihološke:<sup>5</sup>

1. biološki dejavniki:

- a) hormonske, prehranske, elektrolitske ali endokrinske abnormalnosti,
- b) stranski učinki zdravil (npr. steroidov, betazaviralcev, levodope, interferonov idr.),
- c) telesne posledice sistemske in/ali intracerebralne bolezni;

2 Edwin H. Cassem. Depression and anxiety secondary to medical illness. *Psychiatr Clin North Am* (1990) 13, 597–612.

3 Ned H. Cassem, Jerrold G. Bernstein. Depressed patients. V Ned H. Cassem, Theodore A. Stern, Michael S. Jellinek, Jerrold F. Rosenbaum (uredniki). *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. Philadelphia, PA: Mosby/Elsevier, 2004.

4 Robert M. Wachter, Lee Goldman, Harry Hollander. *Hospital Medicine* (2. izdaja). Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

5 Siobhan MacHale. Managing Depression in physical illness. *Advances in Psychiatric Treatment* (2002) 8, 297–305.

## 2. psihološki dejavniki:

- a) občutek izgube, povezan s hudo telesno boleznijo,
- b) posledice v zvezi s telesno samopodobo, samozavestjo, občutkom identitete,
- c) oškodovana sposobnost za delo in vzdrževanje odnosov.

Rak je nedvomno primer zahtevne bolezni, povezane z znatnim psihološkim bremenom vse od postavitve diagnoze naprej. Pri obolelih za rakom so prisotni multipli telesni simptomi, vključujoč zmerno do hudo utrujenost, motnje spanja in bolečine.<sup>6</sup> Najpogostejše duševne motnje zajemajo zmerne do hude depresivne simptome, tesnoba in panične napade. Če naj bosta psihološko delovanje in kakovost življenja onkoloških bolnikov kar se da ohranjena, je vsekaror nujen večdimenzionalni, celostni pristop k zdravstveni oskrbi na onkoloških oddelkih bolnišnic.

Napredovala bolezen s sabo prinese velike zahteve po učinkoviti prilagoditvi na nove življenjske razmere, povezane z izgubo sposobnosti za samostojno skrb zase, posledica česar so naraščajoče potrebe po podpori drugih ljudi.<sup>7</sup> Velika potreba po pomoči od strani drugih, denimo ob koncu življenja, lahko reaktivira težave v odnosih in sproži občutja ranljivosti in odvisnosti, ki načenjajo samozaupanje in osebno trdnost. Zato je sposobnost zdravstvenega delavca, da zmore prepoznati specifične odnosne potrebe svojih varovancev in se nanje ustrezno odzvati, izjemnega pomena, da bi atmosfera v zdravstvenem okolju obolelega zmogla navdati z občutki varnosti in razumljenosti. Pri tem seveda ne gre zanemariti vloge medicinskih sester kot glavnih akterjev bolnišnične oskrbe in nege. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so gotovo tista poklicna skupina, ki bi znatno pridobila z ustreznim izobraževanjem in usposabljanjem ob temi zgodnjega odkrivanja in ustrezne obravnave težav v duševnem zdravju pri hospitaliziranih osebah s telesno boleznijo, s tem pa bi ti kadri seveda zmogli dan za dnem izboljševati kakovost življenja svojih bolnikov. Prav negovalno osebje je namreč tisto, ki z obolelimi v bolnišničnem okolju preživi največ časa.

Nujno je torej vzpodbujati zagotavljanje ustrezne in zadostne psihološke oskrbe ter obravnave duševnih težav pacientov v vseh segmentih bolnišničnega osebja, že od najzgodnejših korakov na poti njihovega izobraževanja in usposabljanja. Pri tem gotovo kaže posebno pozornost nameniti komunikacijskim spretnostim in zgodnjemu prepoznavanju duševnih težav pri osebah s telesnimi boleznimi. Dobre spretnosti komunikacije pa so tudi nujni pogoj za to, da

6 Gary Rodin, Jennifer Jones, Anne Rydall, Malcolm Moore, Lucia Gagliese. Physical and psychological well-being in patients with stage IV GI cancer. *Journal of Clinical Oncology* 22/2004, 8266.

7 Adrienne Tan, Camilla Zimmermann, Gary Rodin. Interpersonal processes in palliative care: An attachment perspective on the patient-clinician relationship. *Palliative Medicine* 2/2005, 143–150.

lahko zdravnik obolemu primerno in razumljivo razloži, za kaj gre pri njegovi bolezni, ter mu omogoči, da aktivno sodeluje in soodloča o poteku svojega zdravljenja, kar je eden bistvenih dejavnikov za izboljšanje pacientovega zadovoljstva z zdravljenjem. Nenazadnje pa so informiranost, ozaveščenost in samoiniciativnost tudi ključna načela nove zakonodaje o pacientovih pravicah.<sup>8</sup> Samo na tej podlagi je mogoče razumeti večplastno naravo pravice do zdravja in doseči najvišjo možno stopnjo njene pravne zaščite. Ta pa pomeni varstvo *v zakonodaji*, varstvo *pred zakonodajo* in, končno, določa tudi način *udejanjanja* pravice do zdravja v praksi.

## 2 DUŠEVNO ZDRAVJE V BOLNIŠNICI

Splošni standardi kakovosti zdravstvene obravnave namenjajo pozornost strukturnemu in procesnemu vidiku. Specifični so glede na bolezen, zdravljenje, dejavnost ali storitev določenih standardov ali kazalcev izvidov oziroma kakovosti. Nacionalni splošni standardi za bolnišnice, kot jih navaja Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, vključujejo:<sup>9</sup>

- nenehno izboljševanje storitev za bolnike,
- spoštljivo oskrbo bolnikov z njihovim vključevanjem pri odločitvah v zvezi z zdravstveno oskrbo,
- podajanje vseh potrebnih informacij bolnikom glede njihove zdravstvene oskrbe,
- zdravstveno osebje, ki je v koraku z novostmi, povezanimi z njihovo stroko,
- preprečevanje zdravstvenih napak, kadarkoli je to mogoče.

Oplemenitenje standardne bolnišnične oskrbe z ustrezno skrbjo za duševno zdravje neposredno pripomore k doseganju vsakega od naštetih meril. Pomeni znatno boljšo kakovost storitev ob izkazanem spoštovanju do bolnika in upoštevanju njegovega mnenja o poteku zdravljenja, omogoča boljšo informiranost bolnikov o njihovem zdravstvenem stanju in terapevtskih posegih ter krepi celosten pogled na zdravje pri zdravstvenem osebju, s tem pa se povečajo možnosti za boljši končni rezultat. Pri tem se različne države razlikujejo po stopnji realizacije teh ciljev. Razlike so precej izrazite zlasti med vzhodnimi, azijskimi

8 Zakon o pacientovih pravicah /ZPacP/, Uradni list RS, št. 15/08 (<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455>).

9 Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Splošni standardi kakovosti zdravstvene obravnave: Bolnišnice, [http://www.mz.gov.si/si/delovna\\_podrocja/zdravstveno\\_varstvo/kakovost\\_in\\_varnost\\_zdravstvene\\_oskrbe/za\\_strokovno\\_javnost\\_kakovost\\_in\\_varnost\\_v\\_zdravstvu/bolnišnice/](http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost_zdravstvene_oskrbe/za_strokovno_javnost_kakovost_in_varnost_v_zdravstvu/bolnišnice/) (2. avgust 2009).

državami in zahodnim svetom.<sup>10</sup> Razvoj skrbi za duševno zdravje v državah z nižjo ravno dohodka v splošnem zaostaja za državami z višjo ravno dohodka.

Proces vsakršne nege in zdravljenja naj pacientu zagotavlja:<sup>11</sup>

- a) varnost,<sup>12</sup>
- b) dostojanstveno ravnanje<sup>13</sup> in
- c) čim hitrejši in čim bolj učinkovito okrevanje glede na posameznikove možnosti, kar pomeni izbiro metode in procesa zdravljenja na način, prilagojen posamezniku.<sup>14</sup>

Psihiatrične in kliničnopsihološke storitve svojega mesta v sodobno urejenih bolnišnicah niso našle zgolj kot odgovor na potrebe oseb s (primarnimi) duševnimi motnjami, marveč tudi v okviru strukture in kulture širših dejavnosti v splošnih bolnišnicah. Na začetku je prevladoval biomedicinski pristop k zdravju/bolezni s poudarkom na telesnih postopkih zdravljenja, kategorizaciji bolezni in pasivni vlogi bolnika kot prejemnika zdravstvenih storitev. S časom pa se je psihološko usmerjeno zdravljenje vse bolj vpletalo v standardno delo, saj so bili neposredni pozitivni učinki tovrstne dejavnosti na izboljšanje zdravja obolenih opazni zelo hitro. Navsezadnje je splošna medicina v psihiatriji videla tudi rešilno bilko pri obravnavi bolj težavnih pacientov in takih, ki pri zdravljenju niso pokazali pripravljenosti za sodelovanje ali zadostne motivacije. Tako je vse več bolnišnic postopoma začelo graditi na bio-psiho-socialnih<sup>15</sup> temeljih z vključevanjem programov dnevnih aktivnosti in psihoterapevtskih storitev v proces zdravljenja ob vse tesnejšem sodelovanju z zunanjimi klinikami in strokovnjaki. Šele tako zgrajena zdravstvena mreža namreč omogoča celostno obravnavo posameznikovega zdravja v širšem kontekstu njegovega življenja, s tem pa optimalno učinkovitost zdravljenja.<sup>16</sup>

10 Nalaka Mendis. Importance of general hospital in the development of mental health care. *World Psychiatry* 29/2003, 100–102.

11 Janina Ksiazek, Aleksandra Gaworska-Krzeminska, Renata Piotrkowska. Psychological support of a cancer patient based on nursing care process records. *Advances in Medical Sciences* (2007) 52 (Suppl. 1).

12 James R. Woods, Maree Bellamy. *The handbook of patient safety compliance: A practical guide for health care organizations*. John Wiley and Sons, 2005.

13 Milika Matiti. Promoting patient dignity in healthcare settings. *Nursing standards* 45/2007, 46–52.

14 Ralf Boscheck. Healthcare Reforms and Governance Concerns: The Cases of the United States, the United Kingdom and Germany. *Business and Economics* 2/2005, 75–88.

15 To pomeni celosten pogled na človeka in obravnavo njegove(ih) bolezni kot nikakor le »telesni«, marveč predvsem tudi kot »psihološki« in »družbeni« fenomen. Bolezen namreč ne poseže le v posameznikovo telo, ampak neizogibno vpliva tudi na njegovo duševno delovanje ter odnos do ožjega in širšega socialnega okolja.

16 Peter White. *Biopsychosocial Medicine*. Oxford University Press, 2005.

V bolnišničnem okolju je doseganje dobrega duševnega počutja oseb s telesnimi boleznimi posebej zahtevna naloga. Vendar pa je precej možnosti za kakovostno dopolnitev bolnišnične zdravstvene oskrbe s skrbjo za duševno zdravje. Med drugim so na voljo:

- individualni terapevtski pogovori,
- skupinska terapevtska srečanja za tiste, ki se jih zmorejo udeležiti,
- psihoedukacija,
- trening sproščanja in dihalne vaje,
- izpodbijanje pretirano negativnega razmišljanja in prizadevanje za pozitivno, opolnomočeno usmeritev v prihodnost,
- umetnostna terapija (glasba, pisanje, likovna umetnost),
- aromaterapija,
- masaža,
- tople in aromatizirane kopeli.

Pozabiti pa ne gre niti na oporo svojcem oziroma tistim, ki so obbolelemu blizu, saj so ti v procesu zdravljenja pogosto popolnoma spregledana skupina, ko gre za psihološko pomoč pri obvladovanju stresne situacije bolni osebe. Na primeru raka je bilo denimo ugotovljeno, da se psihološka stiska oseb, ki so obbolelemu blizu, tesno povezuje s terminalnim napredkom bolezni in upadom funkcioniranja pri obolelem, tj. z izgubo pacientove avtonomije.<sup>17</sup> V isti študiji so odstotek bližnjih oseb z visoko stopnjo psihološke stiske ocenili na 41 do 62 odstotkov, v primerjavi z 19,2 odstotka v splošni populaciji, pri čemer se visoka stopnja psihološke stiske povezuje z obremenitvami bližnje osebe, nižjo starostjo obbolelega, pacientovimi simptomi, nižjo starostjo in spolom bližnje osebe, slabo percepcijo njegovega ali njenega zdravja ter z nezadovoljstvom s čustveno in z oprijemljivo oporo.

Potrebe po zagotavljanju boljše dostopnosti storitev za duševno zdravje širšemu krogu ljudi z vse bolj pogostimi in raznovrstnimi duševnimi težavami so vse večje in te razmere same po sebi vzpodbujajo implementacijo skrbi za duševno zdravje v bolnišnični okvir skrbi za telesno zdravje. Svoje seveda prinesejo pomembni premiki naprej v pogledu ozaveščenosti in razumevanja duševnih motenj. Na regionalni ravni ne gre pozabiti na rehabilitacijske in druge posthospitalne programe v skupnosti, mobilizacijo nevladnih sredstev, vključevanje strokovnjakov različnih strok v skrb za duševno zdravje ter pomen promocijskih in preventivnih dejavnosti.<sup>18</sup>

17 Serge Dumont, Jean Turgeon, Pierre Allard, Pierre Gagnon, Cecile Charbonneau, Lucie Vézina. Caring for a loved one with advanced cancer: Determinants of psychological distress among family caregivers. *Journal of Palliative Medicine* 4/2006, 912–921.

18 Denimo ozaveščanje o prepletenosti telesnega in duševnega zdravja, prepoznavanje znakov psihološke stiske in duševnih motenj, možne oblike pomoči v primeru duševne motnje, pro-

### 3 DUŠEVNO ZDRAVJE (TUDI) V PRIMARNEM ZDRAVSTVU

Seveda si je treba še prav posebej prizadevati za integracijo duševnozdravstvenih storitev tudi v družbeno zasnovane sisteme primarnega zdravstva. Šele tedaj, ko bo to postalo *pravilo*, in ne *izjema* v družbi, bo namreč upravičeno mogoče govoriti o enakopravni obravnavi telesnega in duševnega zdravja. Na številne pozitivne plati integracije skrbi za duševno zdravje v primarno zdravstvo opozarja tudi Svetovna zdravstvena organizacija (WHO), ki mednje prišteva:<sup>19</sup>

1. zmanjšanje stigme duševnih motenj in njihovih družin, saj primarno zdravstvo, ki ga odlikujeta dostopnost in splošna družbena »sprejemljivost«, ni vezano na specifična zdravstvena stanja, s čimer so duševne motnje (končno!) deležne enake obravnave kot telesne;
2. večja pozornost, namenjena sopojujnosti, saj se duševne motnje pogosto pokažejo z roko v roki s telesnimi boleznimi, kar pomeni oteženo identifikacijo, zdravljenje in rehabilitacijo obolelih. Na podlagi ustreznega usposabljanja je zdravnikom in zdravstvenemu osebju omogočeno, da se ustrezno odzivajo na telesne potrebe oseb z duševno motnjo, prav tako pa tudi na duševne potrebe oseb s telesno motnjo, še posebno tistih s kroničnimi in hujšimi boleznimi;
3. boljše preprečevanje in prepoznavanje duševnih motenj v primarnem zdravstvu kot najlažje dostopnem segmentu zdravstvenega varstva, kar na eni strani koristi obolelim osebam samo po sebi, na drugi strani pa vzpodbuja celosten pogled na zdravje v širši družbi;
4. izboljšana (fizična in finančna) dostopnost za storitve, namenjene duševnemu zdravju, pri osebah z duševno motnjo;
5. znižana stopnja kronicitete in hospitalizma ter izboljšana socialna integracija oseb z duševno motnjo;
6. manjša obremenitev in zasedenost izvajalcev zdravstvenih storitev na sekundarni in terciarni ravni zdravstva, tj. specialistov posameznih strok.

Prav strokovnjaki v primarnem zdravstvu so tisti, ki imajo navadno najpogostejše stike s svojimi varovanci, spremljajo pa jih longitudinalno, skozi daljše časovno obdobje. Tudi zato so možnosti za graditev zaupnega in kvalitetnega

---

grami za varnost in zaščito zdravja, promocija zdrave prehrane in celostne skrbi za zdravje, preprečevanje tveganih vedenjskih vzorcev, (individualne in skupinske) psihoterapevtske dejavnosti in podobno.

19 WHO. Integrating mental health services into primary health care. *Mental Health Policy, Planning and Service Development Information Sheet; Sheet 3*. Ženeva, World Health Organization, [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/3\\_MHintoPHC\\_Infosheet.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/services/3_MHintoPHC_Infosheet.pdf) (2. avgust 2009).



odnosa med obolelim in zdravnikom na ravni primarnega zdravstva gotovo nezamemljive in jih ne gre spregledati ali podcenjevati.

Osebe z duševno motnjo so žal v deprivilegiranem položaju, ko gre za uveljavljanje pacientovih pravic in zagotavljanje optimalne zdravstvene oskrbe ob telesnih težavah. V tujini na to že dalj časa opozarjajo. Vzpodbujanje ustreznega odnosa do duševnih motenj med izvajalci zdravstvenih storitev na primarni ravni je tako v tem trenutku ena od prednostnih nalog strokovnih javnozdravstvenih diskusij po svetu. Splošno uveljavljene smernice za obravnavo duševnega zdravja v primarnem zdravstvu so naslednje:<sup>20</sup>

1. promocija celostnega razumevanja duševnega zdravja na podlagi odprte izmenjave informacij in soglasnega odločanja med obolelim in zdravnikom;
2. krepitev učinkovite identifikacije duševnih motenj in upoštevanje različnih dejavnikov, ki vplivajo na posameznikovo duševno zdravje, kot tudi izčrpno poznavanje vseh primernih virov pomoči za težave v duševnem zdravju, ki so na voljo;
3. informiranje in ozaveščanje obolelih o njihovi bolezni ter zdravstveni oskrbi, pri čemer se raven vključenosti v te procese opredeli v skladu z dogovorom z obolelim;
4. razvoj spretnosti multidisciplinarnega timskega dela z namenom nudenja čim bolj ustrezne podpore obolelim;
5. zagotovitev usposobljenosti delavcev v primarnem zdravstvu z izobraževanji in treningom potrebnih veščin, kar vključuje delo za boljše prepoznavanje simptomov depresije, tesnobe, demence, psihotičnih stanj in drugih duševnih motenj;
6. osvajanje spretnosti komunikacije, ki zmore na ustrezen način predstaviti in vzpodbujati diskusijo o duševnem zdravju z obolelimi in njihovimi bližnjimi. Pomembno je zagotoviti integracijo pomislekov in izkušenj obolelih oseb v tovrstne razprave. Obolele, ki so socialno izključeni, je smiselno ozavestiti o terapevtskih možnostih, utemeljenih na pogovoru, in jih vključiti v tovrstno obravnavo;
7. opolnomočenje pacientov v okviru primarnega zdravstva na podlagi ozaveščenosti in razumevanja duševnih motenj, da bodo zmogli pomagati sebi in drugim k boljšemu duševnemu zdravju in večji kakovosti življenja. Možne tehnike samopomoči vključujejo pisanje dnevnika, izdelavo življenjskega načrta, kognitivnovedenjsko terapijo, meditacijo, raznovrstno umetnost, asertivnost, pogajalske spretnosti in podobno;

20 Royal College of General Practitioners Position Statement: Mental Health and Primary Care, [http://www.rcgp.org.uk/PDF/clinspec\\_printed%20version%20mental%20health.pdf](http://www.rcgp.org.uk/PDF/clinspec_printed%20version%20mental%20health.pdf) (2. avgust 2009).

8. vzpodbujanje čim prejšnje vrnitve na delovno mesto, če je oseba nezaposlena ali na bolniškem dopustu, kar lahko dosežemo s kognitivno-behavioralnimi tehnikami, zagovorništvom pacienta in sistematično pomočjo pri iskanju zaposlitve ali urejanju boljših delovnih razmer v delovnem okolju;
9. sodelovanje s prostovoljnimi, družbenimi in specialističnimi organizacijami za duševno zdravje z namenom zagotavljanja kompleksne in celostne oskrbe ter rehabilitacije oseb z duševno motnjo;
10. izboljšanje telesne oskrbe oseb z duševnimi motnjami na osnovi poglobljenega razumevanja sopejavnosti duševnih in telesnih motenj, kar bi bilo mogoče dodatno izboljšati z izgradnjo večdimenzionalne mreže zdravstvene dejavnosti in sodelovanja s specialisti;
11. izboljšanje storitev prakse in primarnega zdravstva ob sistematični identifikaciji potreb v določeni regiji, graditvi izčrpane baze podatkov, spremljanju oziroma monitoringu stanja ter razvoja novih storitev.

Poleg pomanjkljive organizacije pa sta poseben in velik problem na vseh ravneh zdravstva tudi neupoštevanje in kratenje pravic uporabnikov. Zakonsko so zagotovljene takšne temeljne pravice, kot je denimo pravica do vpogleda v svojo zdravstveno dokumentacijo, v skladu z 41. členom Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP). Žal je ta pravica še vedno velikokrat kršena; morda celo najbolj pogosto prav na področju duševnega zdravja. Ob tem je pravica do vpogleda v medicinsko dokumentacijo ena ključnih točk zavestne privolitve (*informed consent*) v procesu zdravljenja. Zgodi se tudi, morda niti ne tako redko, da zdravnik obolemu kar nekako noče pojasniti, katero diagnozo je v njegovem primeru postavil in za kaj pravzaprav gre pri njegovi bolezni. Vse to pa ni le etično, marveč je tudi ustavnopravno sporno.<sup>21</sup> Popoln in prost dostop obolelih do njihovih osebnih zdravstvenih podatkov, natančnost teh podatkov in zagotavljanje razumevanja procesov zdravljenja pri obolelih priporoča tudi Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika,<sup>22</sup> saj je ozaveščenost obolelih v veliko korist pri varovanju njihovega zdravja.

21 Prim. odločbo Ustavnega sodišča Republike Slovenije U-I-60/03 (dostopno na: [www.us-rs.si](http://www.us-rs.si)), ki ugotavlja protiustavnost zakonske ureditve prisilnega pridržanja na zaprtem oddelku psihiatrične bolnišnice, govori pa tudi o pravni zaščiti bolnikove pravice do obveščenosti. Oboleli posameznik ima pravico do ozaveščenosti glede lastnega zdravstvenega stanja in možnih oblik zdravljenja. Argument, da lahko tovrstno ozaveščanje obolemu v določenih primerih škodi, je v nekem smislu utemeljen, vendar pa gre pri tem najpogosteje za vprašanje komunikacije med oboelim in njegovim/njenim zdravnikom oziroma zdravstvenim delavcem, v smislu najustreznejše formulacije in načina sporočanja. Ne glede na to, v kakšni obliki in v kolikšnem obsegu ozaveščanje poteka, pa je treba pri tem vselej slediti načelu *iskrenosti*, brez katere zaupen odnos med strokovnjakom in oboelim ni mogoč.

22 Deklaracija je bila sprejeta ob zaključku konference, ki je potekala v Luksemburgu aprila 2005, v okviru Evropske komisije in v sodelovanju s Stalnim odborom evropskih zdravnikov in drugih partnerjev v zdravstvenem varstvu.

Nespoštovanje pacientovih pravic, izhajajočih iz zakonodaje zdravstvenega varstva, pa ne pomeni le kršenja posameznikovih pravic kot takih, ampak ima za posledico tudi utrditev deprivilegirane socialne vloge »bolnika«, ki je v sodobni družbi že tako vse prepogosto potisnjen na rob in z različnih strani obravnavan kot »pacient«, ne pa kot edinstveni posameznik s svojim imenom in priimkom. Če denimo zbolimo za rakom, za druge na lepem nismo več »oseba, ki ima ime«, ampak postanemo »tisti/-a, ki ima raka«. Bolezen kaj hitro postane edina identiteta, ki je posamezniku »dovoljena«. Ob tem se njegove reakcije, ki iz tega izhajajo, hitro interpretirajo kot »bolezensko vedenje«, kot ga je svoj čas razumel Parsons<sup>23</sup> (1951), družbena odgovornost za negovanje ustreznega in spoštljivega odnosa do bolezni pa se popolnoma spregleda.

V Angliji je v minulih letih več vladnih poročil<sup>24</sup> opozorilo na potrebo po zagotavljanju dostopnosti za psihiatrične in psihološke storitve osebam s telesnimi boleznimi. V skladu z doktrino Svetovne zdravstvene organizacije je treba storitve za duševno zdravje vključiti tako v primarno in sekundarno kot v terciarno zdravstvo, kar nazorno ponazarja tudi piramida optimalne strukture družbene skrbi za duševno zdravje.

23 Talcott Parsons. *The social system*. Glencoe, Ill.: The Free Press, 1951.

24 Department of Health. *National Service Framework for older people*. London: DH, 2001.



Slika 1. Optimalna mešanica storitev za duševno zdravje po Svetovni zdravstveni organizaciji.<sup>25</sup>

Primarno zdravstvo pomeni prvi stik posameznika z zdravstvenim sistemom in je osnova za prehod na raven sekundarnega ali terciarnega zdravstva, zato je kakovost teh storitev ena ključnih determinant celostne kakovosti posameznikove zdravstvene oskrbe v primeru bolezni. Osebe z duševnimi motnjami so izpostavljene višjemu tveganju za telesne bolezni, telesne bolezni pa zvišujejo tve-

<sup>25</sup> WHO. Mental Health Policy, Planning & Service Development, [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html) (2. avgust 2009).

ganje za duševne motnje. In vendar so osebe z duševnimi motnjami, osnovnimi ali pridruženimi, v deprivilegiranem položaju, ko gre za dostopnost in kakovost storitev primarnega zdravstva, in to zaradi neprepoznavanja in nerazumevanja duševnih motenj s strani izvajalcev zdravstvenih storitev na eni strani ter pomanjkljivosti v organizaciji zdravstvenega sistema, ki ne omogoča optimalne zdravstvene oskrbe teh težav, na drugi strani. V tem trenutku je tako naša naloga predvsem motivacija načrtovalcev in strokovnjakov primarnega zdravstva za ovrednotenje in spremljanje tako duševnega kot telesnega zdravja njihovih varovancev. Prehodi med raznovrstnimi storitvami za duševno zdravje, kot jih opredeljuje Svetovna zdravstvena organizacija, naj bodo čim bolj tekoči, s poudarkom na opolnomočenju uporabnika kot izvajalca samooskrbe v čim večjem obsegu in kar se da učinkovito.

## 4 ZAKLJUČEK

Duševnega in telesnega zdravja ni mogoče obravnavati neodvisno eno od drugega, zato tudi zdravljenje telesne bolezni ne more biti maksimalno možno učinkovito, če zanemarja ali podcenjuje psihološko delovanje obolelega. V bolnišnici, ko je oseba vzeta iz domačega, poznanega okolja in ko praviloma prestaja zahtevnejše in bolj tvegane zdravstvene posege, je duševno zdravje še posebno ogroženo. Le okolje, v katerem se oboleli počuti varno, v katerem je obravnavan dostojanstveno in je deležen kar se da individualno prilagojenega zdravljenja, omogoča varovanje duševnega zdravja ob prisotnosti telesne bolezni. Nujni pogoj tovrstne zdravstvene nege je načrtovanje ponudbe in izvedbe zdravstvenih storitev v duhu interdisciplinarnosti in večdimenzionalnega pogleda na zdravje. Ne gre spregledati vloge primarnega zdravstva kot vstopne točke posameznika v zdravstveni sistem in pomena ustrezne obravnave duševnega zdravja tudi na tej ravni zdravstva. Hierarhično urejene duševnozdravstvene storitve kaže načrtovati čim bolj fleksibilno in fluentno ter jih na vseh ravneh usmeriti v kar največje opolnomočenje uporabnika glede na dane možnosti. S tem omogočimo učinkovito samooskrbo kot najpogostejše potrebno, najlažje dostopno in cenovno najugodnejšo obliko skrbi za zdravje.

### **Predstavitev avtorice**

*Sanja Temnik je psihologinja, specializantka klinične psihologije, ter asistentka in znanstvena raziskovalka na Oddelku za proučevanje zdravja Univerze na Primorskem. Vzporedno z delom v psihiatrični ambulanti kontinuirano objavlja strokovne in znanstvene publikacije s področja duševnega zdravja. Njeno primarno interesno področje sta kakovost življenja in duševno zdravje oseb s telesnimi boleznimi, predvsem z rakom. Zavzema se za enakopravno obravnavanje duševnih in telesnih motenj ter celostno skrb za zdravje. Redno sodeluje z različnimi društvi in organizacijami, namenjenimi osebam z duševno motnjo ali s telesno boleznijo.*

